



TITLE:

外國文獻

AUTHOR(S):

CITATION:

外國文獻. 日本外科宝函 1937, 14(2): 579-589

ISSUE DATE:

1937-03-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/204808>

RIGHT:

外 國 文 獻

一 般

食餌及ビ胃底部切除術ニヨル術後空腸潰瘍ノ防止ニ就テ (G. B. Fauley and A. C. Ivy :
The Prevention of Postoperative Jejunal Ulcers by Diet and Fundusectomy. Surg. Gynec. Obst.
Vol. 63, No. 6, 1936 p. 717)

胃底部切除ハ胃液分泌ヲ低下セシムトイフ Connell ノ報告ニヨリ、著者等ハ Mann-Williamson 氏手術(即チ胃空腸吻合術及ビ膽汁、胰液ヲ廻腸末端ヨリ 15cm ノ所ニ流入セシム)ヲ施セル犬ヲ4群ニ分チ、アル群ニハ胃底部切除ヲ爲シ、普通食、考案セル特別食餌ヲ與ヘ、生存期間、潰瘍發生、體重ノ減少及ビソノ死因ヲ詳細ニ觀察シ次ノ結果ヲ得タ。

- 1) 胃底切除術ヲ施セバ普通食餌ヲ投與スルモ空腸潰瘍ハ幾分豫防的ニ防止シ得。
- 2) 胃底切除術ヲ行ハザル場合ニテモ容易ニ同化シ得ル特別食餌ヲ投與スル時ハ空腸潰瘍ノ招來ヲ延引セシムル事ヲ得。
- 3) 特別食餌及ビ胃底切除術ノ併合方法ニヨリ Mann-Williamson 氏手術ヲセル犬13例中100%ニ於テ空腸潰瘍ノ發生ヲ防止シ、就中6例ハ術後2年有餘生存シ得タ。ソノ胃液酸度ハ通常値ト變ラザルモ胃底切除術ヲナサザルニ比シ切除術ヲナセル場合空腸ヲ刺戟シ易キ酸ハ明カニ少イ。
- 4) アル群ニハ胃底切除術ノ代リニ胃底ニ至ル血管結紮ヲナセリ。ソノ結果ハ胃底切除術ト同様ナルモ不明瞭ナリ。

以上ノ實驗結果ヨリ消化妨害及ビ酸ノ一部ガ術後空腸潰瘍ノ原因ナルコトヲ強調ス。(森)

潰瘍起因病理ノ知見ニ就テ (K. Makishima : Beitrag zur Erkenntnis der Ulcusentstehungspathogenese. Über zwei interessante Fälle von Magengeschwür. Arch. kl. Chir. Bd. 189, Ht. 1, 1937 S. 87)

胃、十二指腸等ノ上部消化管ニ發生スル潰瘍ノ起因ニ就テ未ダ明確ナル解説無ク、尙ホ今日諸説互ニ論述セラレツツアリ、是等諸説中ノ最優説トシテ過酸症ニ因リ發生スト云フ胃液說即チ消化性潰瘍ハ多數ノ臨牀、實驗並ビニ病理解説上承認ヲ受ケタルモ、著者等ハ數十年來該說ト見解ヲ異ニシ、反對ノ立場ヨリ觀察シ來リ、1921年ニハ後藤教授ノ報告ニテ潰瘍發生起因ニハ胃液ノ消化作用ナルモノハ大ナル意義ナク、過酸症ナキ胃壁ノ潰瘍發生ヲ實驗發表シ消化性潰瘍說ヲ反駁セシガ、著者ハ近時是ニ關シ興味アル2症例ヲ經驗シタ。即チ第1例ハ臨牀上胃癌ト診斷サルベキ胃酸缺如ノ胃壁ニ發生シタル胼胝性潰瘍例、第2例ハ過酸症ナキ胃壁ニ癌ト同時ニ新ニ發生セル胃潰瘍例ニシテ、是等2例ニ依リ潰瘍起因病理ノ見解ニ就キ Konjetzny, Levy, Mittelstiller, 富永氏等ノ報告、Aschoff, Ribbert 等ノ病理學者ノ見解ヲ記載シテ、潰瘍起因ハ胃液說ニテ説明シ得ベキモノナラザルヲ強調ス。(鬼川)

Vinethen 麻醉ニ就テ (W. Baetzner : Die Vinethennarkose. Dtsch. Z. Chir. Bd. 248, Ht. 1 u. 2, 1936 S. 134.)

著者ハ Vinethen 麻醉ニ就キ次ノ特徴ヲ擧ゲテ居ル。即チ短時間(1½—2秒)ニテ興奮期ナクシテ深麻醉ニ到ラシメ、呼吸、心臓及ビ粘膜炎ノ荷重セズ、麻醉後ノ覺醒速ク、後發並ビニ遲發性障礙ナク、又分解ニ依ル毒性ヲ有セズト。然シテ引火ノ惧レアルヲ以テ唯一ノ缺點トナシテキル。又應用範圍ニ關シ、其ノ作用時間迅速ナル故災害並ビニ小外科ニ好シク用ヒラレ、此ニ關シ Richter モ産科の方面ニ於ケル Vinethen 短時間

麻酔ヲ推奨シテキル。

尙ホ當ニ短時間麻酔ノミナラズ、誘導、深、及ビ補充麻酔劑トシテモ充分ノ利用價值ヲ有ス。持續麻酔劑トシテハ時ニ危險ヲ伴フコトアルモ、Vinethen 酸素併用麻酔ニ依リ卓越セル持續麻酔ヲ施行シ得。

麻酔術式ニ就テハ、其ノ開始ニアタリ急速點滴ヲナシ漸次其ノ度ヲ増シ(深麻酔狀態ニ到ラシムルニハ1分間60—80—100滴ヲ必要トス)、麻酔持續期即チ深麻酔期ニ於テハ其ノ度ヲ減ジ1分間20—10滴ニテ足り、場合ニヨリテハ數分時其ノ點滴ヲ中止シテモ可ナリト。(中西)

手術_Lシヨツク_L並ニ手術障得ニ就テ (*J. Dapp u. Teppenbergl: Zur Frage des Operationsschockes und der Operationsgefährdung. Zbl. Chir. Nr. 45, 1937 S. 2658*)

Rehn = 依レバ手術_Lシヨツク_L並ビニ手術ニヨル偶發障得ノ本質ハ循環血液ノ障得ニアリ、而シテソノ重要ナル因子ハ、直接間接ノ水分減退ニヨル血中鹽類ノ減少ニ基ク植物性神經系機能ノ沈滞ナリトシソノ爲ニハ術前準備トシテ1晝夜或ハ其レ以上ノ長キニ亙ル、鹽類成分尠キ或ハ鹽類ヲ全ク缺如セル食餌ノ投與、更ニ術前後ニ於ル極端ナル洗腸並ビニ長時間ノ絶食ガ重大ナル役割ヲ演ズト。故ニ食鹽療法及ビ Rehn ノ血中鹽類ヲ増加セシムル機能ヲ有スル甲状腺_Lホルモン_L療法ハ斯ル障得ヘノ合理的療法ナリ。手術_Lシヨツク_Lノ臨床症狀ハ多種多様ナルモ、呼吸困難、全身衰弱、嘔吐、頑固ナル下痢、其他ニシテ、屢々腹膜炎、内出血、肺合併症、尿毒症、其他ト誤診セラルルコトアリ。サレド食鹽療法ヲ術前並ビニ術後ニ施行スルコトニ依リテ是等ノ障得ハ容易ニ除去サレ得ルモノナリ。(則武)

結核菌ニ對スル_Lトロトラス_Lト_L沈着 (*M. K. Daul u. W. J. Fridkin: Die Thorotrastablagerung bei Tuberculose. Fortschr. Röntgen. Bd. 54, Ht. 1, 1936 S. 55*)

組織球性細胞ガ_Lコロイド_Lヲ貪喰スルコトハ周知ノ事實デアアルガ、コレヲ利用シテ、脾臓ノX線寫眞ヲ撮影シ得ル。之レハ脾臓内ニ組織球性細胞ガ夥シク存在スルカラデアル。結核ニ感染シタ家兎デハ健康家兎ニ比シ、脾臓並ビニ肝臓ニ於ケル_Lトロトラス_Lト_L沈着ガ驚クベク多イノデ、之レヲ利用シテ、結核ニ際シテ_Lトロトラス_Lト_L注射スルト、正常デハ寫ラナイ脾臓並ビニ肝臓X線像ヲ認メ得ルカト、實驗シテ見タガ失敗ニ終ツタ。

即チ家兎脾臓内ニ結核菌ト_Lトロトラス_Lト_L注射シタガ、肝、脾デハ Tuberkel ノ上皮様細胞及ビ巨大細胞内ニ_Lト_Lハ沈着ス。又タ肺デハ肉芽組織細胞内ニ_Lト_Lハ沈着スルガ、之等ノ沈着ハ_Lレ_L線像ニ現ハレル程明瞭デハナイ。然シ此ノ實驗デモ網狀織内皮細胞ニ於ル_Lト_Lノ沈着ハ強イガ、ソノ網狀細胞ノ作用ヲ潰滅サセルコトハナイ。何故ナラバ Kupper 氏細胞ノ中ニ_Lト_Lハ沈着スルガ、此ノ細胞ノ中ニ結核菌モ貪喰サレテ居ル。(前田)

_Lワゼリン_L注入及ビ_Lギフス_L繃帶封緘ニ依ル外科的結核症ノ處置 (*The Treatment of Surgical Tuberculosis by Vaseline Injections and Closed Plaster-of-Paris Bandages. J. of B. & J. Surg. Vol. XVIII, No. 4, 1936 p. 851*)

寒性膿瘍ニハ2—3cm ノ切開ヲ加ヘテ膿瘍壁ヲ充分搔把ス。次デ生理的食鹽水_Lガーゼ_Lヲ_Lタンボン_Lシテ止血シタ後ニ、滅菌半溶性純_Lワゼリン_Lヲ埋メ、且ツ_Lワゼリン_Lハ_L創縁_Lニマデモ充分ニ_Lバ_L被_Lフ必要ガアル。ソシテ局部的ニ暖メル。コノ上ニ厚イ目ノ當綿デ被ヒ、終ニ隣接ノ兩關節モ被_Lフ_Lギフス_L繃帶ヲ補ス。

モシ瘻孔アレバ、開口部ヲ充分廣クシ、搔把シ、ソノ後ノ處置ハ上述ノ方法ト同ジ。以上ノ_Lギフス_L繃帶ハ6週間ソノマヽトナスベキデ、次デ之ヲ取換ヘル。

之ガ特徴ハ次ノ如クデアル。1) 二次的感染ヲシナイコト。2) 感染創ガアルトモ_Lワゼリン_Lガ完全ナル_Lドレイン_Lトナルコト。3) 膿滯溜ナク、且ツ不動性ナル故安靜ヲ保タルコト。4) 第1週間ニシテ當綿ニ膿ハ吸收サレ、第2週間ニシテ排膿ハ少クナリ、次第ニ排膿ガ止ルコト。

創内ヲ色々消毒液デ洗滌シ、_Lワゼリン_Lニ他ノ藥物ヲ混ズルノハ不適當デアリ、危險デアル。

著者ハ以上ノ方法ニヨリ、6例ニ好結果ヲ得、今猶ホ8例ニ就イテ之ヲ行ヒツ、觀察シテ居ル。(植木)

外科刀ニヨル腫瘍細胞ノ轉移 (O. Saphir: Transfer of Tumor Celles by the Surgical Knife. Surg. Gynec. Obst. Vol. 63, Nr. 6, 1936 p. 775)

悪性腫瘍切除ニ用ヒラレタル刀ヲソノ儘根治手術ニ用フル事ハ腫瘍再發ノ原因トナリ得。コノ刀刃ニ附着セル腫瘍組織ハ「ヘマトキシリン・エオジン」ニテ染色シ得ルモノデアル。コノ原因ハ血管ヲ介シテ行ハレルト思ハル。或ル學者ハ悪性腫瘍ヲ切ル事ハ病勢ヲ増悪スルトサヘ述ベテキル。要スルニ悪性腫瘍ヲ切除セル刀ノ刃ニハ無數ノ生存セル腫瘍細胞ガ存在シテコレガ再發、轉移ノ原因トナルモノデアル。故ニ腫瘍切除後ニテ根治手術ニ移ル前ニ使用サレタル刀及ビ器械ヲ捨ツル事ニヨリ再發ノ主ナル原因ノ1ツハ除カレル。(福島)

胸 部

食道癌ノ處置 (C. Eggers: Treatment of Carcinoma of the Esophagus: Surg. Gynec. Obst. Vol. 63, No. 1, 1936 p. 54)

一般ノ注意、胃瘻造設、機械ノ擴張、放射線治療、電氣燒灼ニ就イテ簡單ニ述ベタ後、根治手術ニ向テノ著者ノ經驗ニ從テ最良ト考ヘラレル手術術式ヲ記載シテ居ル。

頸部食道癌：癌ガ頸部食道ノミ限局セル場合ハ正中切開ノモトニ甲狀腺ヲ左右ニ離斷繼轉シ、氣管、喉頭、食道ヲ露出シ、此等ヲ全剔出シ、一時的ニ氣管並ビニ食道切斷下端ヲ別々ニ胸骨上部ノ皮膚ニ開口セシメ、7—10日後食道ハ皮膚管ヲ以テ上下ヲ連絡セシメルガ、此ノ食道ノ部分的切除ハ種々ノ點デ良クナイ。

胸部食道癌：異壓裝置ノ下ニ、左側肩胛骨後緣ニ沿フ皮膚切開ニテ、第Ⅳ乃至Ⅶ肋骨ヲソノ後端近クデ離斷シテ開胸シ、先ヅ大動脈弓下部デ縱隔竇ヲ開キ、食道ヲ周圍組織ヨリ剝離シ、腫瘤ノ下部ニテ切斷シ、再ビ大動脈弓上部デ縱隔竇ヲ開キ、此處カラ絹絲ヲハサング鉗子ヲ挿入シ、大動脈弓ノ後部ヲ貫通シ、下部縱隔竇ヲ切開創ニコノ絹絲ヲ通シ、此ノ絲ヲ以テ食道離斷上端ヲ結紮シテ、食道ヲ上方ヘ引キ抜キ、更ニ頸部胸鎖乳頭筋前方ニ加ヘ、頸部食道ニ達シタル切開創ヨリ絲ヲ引キ出シシテ食道ヲ引キ抜キ、引キ出シタ食道ヲ皮膚ニ縫合スル。

下部食道並ビニ噴門癌：腹腔術式、肋膜内術式、合併式ノ3ツヲ記載シテ居ルガ、既ニ Kirschner ソノ他ノ成書ニ記載サレタモノヲ簡單ニ述ベタニ過ギナイ。(村上)

腹 部

噴門ノ胃切除術術式 (A. Plenk: Zur Technik der Resektion zur Ausschaltung. Zbl. Chir. Nr. 51, 1936 S. 3019)

切除シ得ザル十二指腸潰瘍ニ著者ノ行ヒ居ル噴門ノ胃切除術々式。

上腹部正中切開又ハ副正中切開、小網膜ヲ鈍ノニ分離、左側胃動脈ヲ胃脾皺壁ト共ニ2重結紮ノ下ニ噴門ヨリ拇指幅ノ部ニテ離斷、右胃動脈ヲ小灣ニテ幽門ヨリ 5cm ノ部ニテ2重結紮離斷、右側胃大網膜血管ノ分枝ヲ幽門ヲ距ル 5cm ノ部ヨリ左方ニ左側胃大網膜血管トノ境ニ到ル間ヲ分離、胃ノ幽門輪ヨリ 5cm ノ部ニ大壓鑿鉗子ヲ 1 1/2cm ノ間隔ヲ置キ2ツ掛け其ノ間ニテ切斷。

斷端面消毒ノ後口側斷端ヲ蔽ヒ、次ニ肛門側ノ壓鑿鉗子ヲ持チ上ゲツツ漿液膜筋層ヲ初メ後壁、次デ前壁、最後ニ兩灣ニテ粘膜層ニ達スル迄切開ス。

次デ粘膜層ヲ開カズニ幽門前小灣ノ漿液膜筋層ヲ一部ハ鈍ノニ一部ハ鋭ノニ粘膜層ヨリ剝離折返シテラ幽門輪ニ及ブ。コノ際粘膜下血管ヨリノ強キ出血ハ結紮。

斯クシテ生ゼル圓錐形ノ粘膜層ヲソノ頂點即チ幽門輪ヲカットゲツトニテ結紮シソノ口側ヲ燒灼器ヲ以テ除去ス。

次ニ結紮ヲ切り腸門ノ粘膜縁ニ2—3ノ結節縫合ヲ行ヒ、全漿液膜筋層ハ頂點カラ順次底面ニ向ヒ環狀ニ細キ絹糸ニテ3列ニ縫合。此ノ際ハ内面側ヨリ縫ヒ、漿液膜面ニ針ヲ通サヌ様ニシ、最後ノ縫合ハ斷端縁ト一致サス。

全斷端及ビ前壁潰瘍アル時ハコレモ共ニ胃大腸靱帶中ニ包ム。續イテ定型的ニ Billroth II. ノ切除術、Gastro-jejunostomia totalis oralis antecolica 及ビ Braun 氏吻合術或ハ Gastro-jejunostomia retrocolica partialis inf. 等ヲ行フ。(木村)

廣汎ナル小腸切除ト其ノ豫後 (W. Noetzel: Ausgedehnte Dünndarmresektion und Spätschicksal zweier Fälle. Arch. klin. Chir. Bd. 185. Ht. 4, 1936 S. 598)

フランゲンハイムハ1925年ノ外科學會デ小腸ノ75%前後ヲ切除スレバ患者ハ數ヶ月—1ケ年內ニ衰弱死ニ至ルト述ベテキル。著者ハ1925年小腸ノ廣汎ナル切除ノ2症例ヲ經驗シ、ソノ後ノ經過ハフランゲンハイムノ報告ニ比シ遙カニ良好デアツタ。即チ

第1例、32歳、♀、子宮搔把ヲ受ケタガ、其際子宮ヲ穿孔シ小腸ヲ傷ケタ。ソコ直チニ開腹小腸切除ヲ行ツタガ、殘餘ノ小腸ハ1米足ラズデアツタ。其ノ後ノ經過ハ案外良好デ、排便ハ1日4回以下デ手術後11年半目ニ行ハレタレ線検査デハ、小腸ハ短クソノ内容通過ハ非常ニ早ク、造影食攝取後3時間後ニハ大腸全體ヲ充タシ小腸ハ殆ンド空虚トナツテ居ルヲ認ム。

第2例、27歳、♀、子宮搔把ヲ受ケ穿孔、小腸切除空腸斷端ト盲腸トヲ端側ニ吻合シタ。術後時々下痢アルモ榮養良。レ線検査ハ前例ト略ボ同ジ。9年後惡性貧血症ニテ死亡。

此ノ著者ノ經驗ハフランゲンハイムノ悲觀的見解ガ當ヲ得ザル事ヲ立證シ、併セテ人體各機關、特ニ殘サレタ短キ小腸片ノ生活機構ニ對シテ示シタ偉大ナル順應性ヲ如實ニ證明シタモノデアル。(芋坂)

蟲様垂破裂ノ處置ニ就テ (Joseph L.: Care of the Ruptured Appendix. Surg. Gynec. Obst. Vol. 63, Nr. 6, 1936 p. 756)

蟲様垂炎ノ死亡率ガ異常ニ高率ヲ示スハ蟲様垂ノ壞疽及ビ壞疽性破裂ニ依ル、故ニ之ノ死亡率ヲ減少セシメルニハ、1) 民衆ヲシテ蟲様垂炎ノ際手術ノ遲延ガ如何ニ危險ナルカラ知ラシメルコト、2) 破裂性蟲様垂炎ノ専門的治療法ノ改善、ガ必要デアル。

壞疽性又ハ破裂性蟲様垂炎ノ際ノ死因ハ腹腔内ノ細菌感染ニ因ルヨリモ、腸閉塞ニヨル腸内壓ノ増加ニ起因スルモノデアル。即チ汎發性腹膜炎ノ如キ強力ナル感染ニ對シテモ鼓腸ヲ來サバル限リヨク之ニ耐ヘ得ルモ、鼓腸ハ血液循環障礙ヲ來シ健康ナル腸壁ノ壞疽ヲ速カナラシム。從ツテ之ノ鼓腸ヲ來ス原因タル腸内壓ノ増加ヲ防グ目的デ、著者ハ總テノ壞疽性、破裂性蟲様垂炎ニ對シ、盲腸瘻形成術ヲ推奨セリ。

即チ蟲様垂切除後此所ニ生ゼル盲腸孔ヨリ Pezzer 氏「カテーテル」ヲ盲腸中ニ挿入シ、之ノ部ニ巾着縫合ヲ施ス。之ノ「カテーテル」ニヨリ

- 1) 腸内瓦斯ノ排泄ガ可能ニシテ腸管麻痺ニヨル腸内壓ノ増加、從ツテ鼓腸ノ發現ヲ防ギ、
- 2) 流動物注入ニヨリ水分及ビ榮養缺乏ヲ補ヒ、
- 3) 灌腸ヲ行フ事ヲ得。

之ノ「カテーテル」ヨリノ排泄ハ一般ニ術後24時間以内ニ始マリ4乃至5日間存續スルモ、之ヨリ以後ハ次第ニ減ジ腸運動ハ尋常ニ復歸シ併發症ヲ起サバルモノハ僅カ平均3週間デ退院、瘻ハ1ヶ月以内デ自然閉塞ヲナスモノナリ。此點自然ニ生ジタル糞瘻ガ閉塞スルニ6乃至8週間ヲ要スルト大ナル相違アリ。

以上ノ他著者ハ蟲様垂炎手術ニ際シ排膿管挿入ノミデ蟲様垂切除術ヲ行ハザルハ、姑息的法ニ過ギザルノミナラズ、其ノ結果強大ナル癒着及ビ炎症性纖維性變化ヲ來シ、更ニヨリ困難ナル根治手術ヲ要スルニ至ル事ヨリ之ヲ排斥シ、又腹腔ハ細菌感染ニ對シ抵抗大ナルモノナル故、壞疽性又ハ破裂性蟲様垂炎ニ非ザル限り、細菌感染ノ根源ガ除去サレタル後ニ於テ腹腔内ノ排膿管挿入ハ不要且ツ不可ナリト主張ス。(副島)

腸ノ血管腫 (H. Hanke: Hämangiomatose des Darmes. Dtsch. Z. Chir. Bd. 248, Ht. 1-2, 1936 S. 52)

Oberndorfer ハ腸ノ血管腫ヲ3ツニ分ケテキル。1) 海綿狀血管腫, 2) 毛細血管ニ局限セル血管腫, 3) 毛細血管擴張。1) ガ最も多クヨク直腸ニ來ル。3) ハ次イデ多ク大抵多發性ニ腸粘膜ノ着色セル膨起トシテ表ハレル。著者ハ最も稀ナル 2) ニ屬スル1例ヲ經驗シタ。15歳ノ生徒ノ蟲様垂炎手術ノ際, Bauhin 氏瓣カラ 80cm 離レタ廻腸ノ部ニ扁桃大ノ少シ分葉セル青黑色ノモノガアリ, 又盲腸及ビ上行結腸起始部ニモ小サイ同様ノモノガ2, 3アツタ。之ヲ全部摘出シテ組織學的検査ヲ行ツタ結果 2) ニ屬スルモノデアツタ。コレハ漿液膜下ニ存シ多發性ニ現ハレテキル。カハル血管腫ハ先天性ノモノデアル。大キクナルト, 又腸粘膜側ニアレバ腸出血, 腸閉塞ヲ起ス危險ガアル。(伊藤)

泌尿生殖器系

腹部腫瘤ニ際シテ靜脈注射腎盂 X 線寫眞像ニ現ハレタル泌尿器系統ノ病的變化ニ就テ

(Werner Gülland: Krankhafte Veränderungen des uropoetischen Systems im Pyelogramm als Folge nicht von den Harnorganen ausgehender Abdominaltumoren. Fortschr. Röntg. Bd. 4, 5 Ht. 1, 1936 S. 1)

腹部腫瘤ニ際シ靜脈注射腎盂撮影ヲ行フー, 泌尿器系統ノ侵サレテ居ル様ナ臨床の症狀及ビ自覺障礙ガ無いニモ拘ラズ病的所見ヲ見出スコトガアル。

著者ハ靜脈内注射腎盂撮影法ヲ腹部腫瘤患者 105 例ニ就テ行ヒ, 次ノ結論ヲ得テキル。

即チ 105 例中病的腎盂像ヲ呈シタ 45 例ハ, 兩側又ハ一側ノ鬱積狀態ヲ示シテ居ル。之ハ輸尿管ノ位置變更ノタメニ起レルモノデアリ, 更ニ腹部大動脈又ハ其ヨリ出ル血管ニ接近シテ存在セル淋巴腺轉移ガソノ附近ニ在ル輸尿管ヲ圍繞シタリ或ハ壓迫シタリスルタメデアル。而シテ輸尿管ニ變化ノアツタモノハ 41 例デアツタガ, 此ノ變化ハ原發腫瘤ニヨルモノデハナク, 轉移ソノ他ノタメニ起ルノデアル。更ニ注意ス可キ事ハ斯カル二次的ノ尿管疾患ノ場合ハ症狀ヲ示ス訴ガ無いノデ, 腎盂撮影ニ際シテ始テ見出サレルモノデアル。腹部ノ廣範圍ニ擴レル腫瘤ノ場合ハ常ニ靜脈注射腎盂 X 線検査ヲ行ヒ且ツ他ノ臨床的泌尿器系検査ヲ行ツテ充分ナル根據ヲ得ル事ニ努メネバナラヌ。(横山)

腎臟結核ノ自然治癒ノ可能性ニ就テ (Hans Wildbolz: Über die Möglichkeit einen Spontanheilung der Nierentuberculose. Zeits. urol. Chir. Bd. 42, Ht. 4, 1936 S. 257)

Medlar ハ肺結核デ死シタ 30 例ノ中 22 例ハ生前ニ腎臟結核ノ臨床的症狀ヲ現サナカツタガ, ソノ腎臟ニ結核結節ト共ニ非特殊性炎症癰ト瘢痕新生ノアルヲ認メタ。又ソノ中 7 例ノ腎臟ニハ炎症癰ダケデ結核結節ヲ見出サズニ瘢痕新生アルヲ認メ, 茲ニ Medlar ハ腎臟結核ハ自然ニ治癒シ得ルヲ認メタノデアル。

早期ノ結核性腎臟炎ハ結核結節ノ無い結核性纖維性炎症ノ型ヲ示スモノデアルガ, Medlar ノ研究ニヨツテ斯クノ如キ小サイ乾酪變性ナキ腎臟結核ハ自然治癒ノ可能性ヲ推量セシメタ。然シコノ腎臟結核ハ臨床的検査ニヨツテ診斷シ難イモノデアルトシ彼一派ハ臨床的ニ診斷サレナイ腎臟結核ノミガ自然治癒ノアルモノト考ヘタ。

然シ Fedoroff 及ビ Schönberg ニヨツテ乾酪變性ナキ腎臟結核モ臨床的ニ乾酪變性アルモノト同様ノ症狀ヲ呈スルモノデアル事ガ判カツタ。

コノ兩者ハ區別シ難イモノデアルガ, 著者ハ結核菌ヲ排泄セル腎臟ニ於テ著明ナ機能障礙無ク, 又タ白血球含有ナキ尿ヲ排泄スルモノハ乾酪變性ナキモノデアルト推量スル事ガ許サレルト述べ, 斯カル所見ノ腎臟結核ニハ自然治癒ノ可能アルト。然シ明ナル機能障礙ト尿中ニ白血球及ビ菌含有ガアリ, 而カモ腎盂 X 線寫眞デ空洞形成ヲ證明シタナラバ腎臟摘出ヲ必要トスルモノデアルト。(曾我)

腎臓結核術後ノ瘻形成防止ニ就テ (輸尿管残端ヨリノ結核菌培養) (H. Weber: Zur Vermeidung postoperativer Fisteln bei Nierentuberculose. (Tuberkelbacillenkulturen aus dem Ureterstumpf) Zeits. urol. Chir. Bd. 42, Ht. 5 u. 6, 1936 S. 416)

一方ノ腎臓ガ健全デアル場合他側腎臓結核ハ之ヲ出来得ル限リ早期ニ摘出スルコトガ最善ノ方法デアリ、シカモ現代手術ノ進歩ニヨリ何等ノ危険ナク行ヒ得ルモノデアル。

然シ術後不快ナル合併症トシテ瘻形成ヲ起スコトガアル。ソノ原因ニ就キ Scholefield ハ結核菌ノ毒力ノ強サ及ビ個體ノ抵抗ガ重要ナル原因デアルト主張シ、フランス學派ハ腎臓周圍脂肪組織ノ感染ナリト述べ、Israel, Kümmell 等ハ輸尿管残端ヨリ生ズルト主張ス。

從來ノ學説及ビ經驗上、輸尿管残端ハ瘻形成ニ重要デアルガ、残念乍ラ目下コレヲ防止スル確實ノ手段ガナイ。

著者ハ先人ノ行ヒタル種々ノ輸尿管残端ノ處置法ヲ述べ、著者ノ用ヒタル方法即チ輸尿管結紮後バクラン氏燒灼器ニヨリ切斷シ「コード」ヲ切面ニ塗りタル16例ニ就キ次ノ報告ヲナセリ。

- 1) 輸尿管結核ノ場合ハ健全ナル場合ニ比シ著シク瘻形成ヲ惹起ス。
- 2) 血管及ビ輸尿管切斷ニ際シ輸尿管ヲ出来得ル限リ後ニ切斷スルコトガ瘻形成ヲ防止シ得。
- 3) 輸尿管残端ヲ皮膚ニ縫合セバ速カニ残端ヲ乾性壊死ニ陥ラシメ輸尿管ノ病的變化ヲ少ク爲シ得。

健全ナル輸尿管ニ於テハ翌日残端ハ乾燥シ褐色トナルモ、結核性トナレル輸尿管ニアリテハ數日間膠狀浮腫ヲ呈ス。

著者ハ術後2, 3日後ニコノ残端ノ一部ヨリ結核菌培養ヲ試ミタルニ乾性壊死セル残端ヨリ尙ホ結核菌ヲ證明シ得タ。

結論トシテ輸尿管切斷ニ際シ如何ニ考案スルモ切面ノ結核菌ヲ殺菌スルコト不能ニシテ、カハル残端ヲ傷面内ニ置クコトハ瘻形成ノ原因トナルモノデアル。故ニ残端ヲ皮膚ニ縫合スルハ最良法ニシテコレヨリ好結果ヲ得ルト。(森)

膀胱憩室ニ就テ (A. Babics: Über Blasendivertikel. Zeits. urol. Chir. Bd. 42, Ht. 5 u. 6, 1936 S. 395.)

最近ノ進歩セル検査方法ニヨリ膀胱憩室ノ位置、診斷ハ明確トナリ、ヘベテ外科的ニ處置シ得ルニ至レリ。著者ハ Illyés 教授ニヨリ手術サレタル33例ニ就テ述ブ。

膀胱憩室ハ89%ハ40歳以上ノ人ニ生ジ、化膿ハ早晚起リ利尿困難、膀胱ノ疼痛、攝護腺肥大、尿道狭窄等ヲ惹起シ、鬱血尿ハ感染ノ根源トナリテ膀胱ニ、憩室ニ、更ニ周圍ノ組織ニ化膿ヲ擴ゲル。又結石形成ノ原因トナリ更ニ腫瘍發生ヲ見ル事アリ。著者ハ從來行ハレテ居ル手術方法ヲ述べ、更ニ治療結果ヨリ見テ斷然意義アル Illyés 教授ノ考案即チ憩室又ハ小骨盤ヨリ會陰部ニ排液管ヲ設置スルヲ推奨ス。之ノ法ニヨリ膀胱周圍炎、膀胱周圍膿瘍、ドウグラス氏腔膿瘍ヲ避ケ得。Illyés ハ33例中14例ニ於テ攝護腺摘出ヲ行フニ當リ、先ヅ攝護腺ヲ、次デ憩室ヲ摘出セリ。本法ハ憩室ヲ先ニ摘出スル方法ヨリ缺點少ナシト思惟ス。12例ニ於テ輸尿管ノ憩室ニ開口スルヲ見タリ。ソノ内6例ニハ輸尿管移植ヲ施セリ。之レヲ行フニハ腎臓検査ノ必要アリ。術後處置トシテハ定則ナキモ大抵前膀胱「タンポン」ハ2日目、攝護腺「タンポン」ハ3日目、吸引管ハ出血無ケレバ抜去スルモ、アレバ尙ホ1日間膀胱内ニ置ク。排液管ハ6—10日間放置スルヲ常トヘ。(桑原)

尿道内攝護腺切除術ノ不成功ニ就テ (Ernst Karrs: Fehler und Missfolge bei der endurethralen Prostataresektion. Zeits. urol. Chir. Bd. 42, Ht. 5 und 6, 1936 S. 367)

尿道内攝護腺切除術ガ往々不成功ニ終ル原因ニ關シ、著者ハ適應症決定及ビ手術上ノ注意等ニ就キ次ノ諸點ヲ舉ゲ。

- 1) 攝護腺中特ニ著明ナル血管増殖ヲ見ル場合ニハ、手術操作中著シイ出血ヲ來シ凝固電導子ニヨリ處理

出來ズ、又重篤ナル後出血ヲ來ス故、攝護腺切除術ハ不可ニシテ剔出術ヲ施スベキデアル。之ノ不適應症決定ニハイ) 攝護腺ノ硬度軟ナル事、ロ) 膀胱頸部及ビ尿道後部粘膜ノ多血管性、ハ) 診査時ニ於ケル出血性、ニ) 既往歴中ノ血尿等ガ指示トナル。

2) 膀胱内廣範圍ニ及ブ攝護腺側葉辨ノ肥大ノ場合ニハ充分ナル廣範圍ノ切除術又ハ剔出術ヲ行フ可キデアル、然ラザレバ再ビ排尿障礙ヲ來シ再手術ノ必要ヲ來スニ至ル。

3) 細菌感染ノ除去及ビ豫防。

手術前處置トシテ充分ナル細菌感染ノ除去ガ必要デアル。即チ攝護腺炎ノ除去ニ努メネバナラス。又手術時ニ生ジタル凝固痂皮ガ細菌ノ附着點トナリ、細菌感染ノ起點トナル故ニ切除術ニ際シ出來得ル限リ凝固ヲ避ケネバナラス。即チ凝固電導子ニヨル止血ノ際ニ最モ僅少ナル凝固ニヨリ完全ナル止血ヲ計ル。而シテ火花放電裝置ヲ利用セル Resektions-schlinge ハ水中ニ於テ凝固作用ヲ有スルモ短時間ニシテ切斷能力ヲ失フ。故ニ長時間ニ渡リ水中切斷能力ヲ有シ、且ツ表面の凝固作用ヲ有スル不減衰振動電流タル眞空管電流ニ就キ更ニ研究サルベキデアル。(副島)

四 肢

末梢動脈閉塞症ノ療法 (W. S. Collens and N. D. Wilensky: The Treatment of Peripheral Obliterative Arterial Diseases. J. of Am. M. A. No. 24, 1936 p. 1960)

著者等ノ間歇的靜脈閉塞症即チ四肢ノ中心部ヲ空氣帶ヲ用ヒテ壓迫シ、ソノ末梢部ニ靜脈血滯トソノ消散トヲ交互ニ起ス方法ニ依ルト、他ノ總テノ方法デ失敗シタ末梢性動脈閉塞症ヲ治療スル事ガ出來ル。

著者等ハ血栓性血管炎(閉塞性)5例、閉塞性動脈硬化症23例、壞疽ヲ有スル凍傷1例ノ29例ヲ治療シテ好成績ヲ得タ。即チ疼痛、間歇性跛行症狀、潰瘍等ヲ輕快又ハ全治サセタガ、然シ壞疽ヲ持ツタ11例ノ内、糖尿症性閉塞性動脈硬化患者ノ2例デハ此方法ガ反ツテ病勢ヲ惡化サセタ。

我々ノ經驗ニヨレバ普通60—80耗水銀柱壓2分間週期デコノ方法ヲ行フ事ガ最適デアルガ、器質的動脈閉塞患者デハ80—90耗水銀柱壓デ1日12時間施行シ2週間續ケテ、後ハ1週間ニ2—3回2時間宛行フガヨイ。又壞疽潰瘍ノ在ル場合ニハ起床中40—50耗水銀柱壓デ施術ト休止ヲ1時間交代デ行フ。

此ノ方法ハ Lewis 及ビ Grant ノ靜脈血鬱滯後ノ小動脈ニハ自發性血管擴張ガ起リ動脈血ガ600%モ増加スルト云フ事實ニ立脚シテ居ルモノデアル。(金澤)

骨、關節

甲狀腺ノ作用ト骨折治療 (H. Eitel u. Lexer. Schilddrüsentätigkeit u. Frakturheilung. Arch. kl. Chir. Bd. 185, Ht. 4, 1936 S. 587.)

著者等ノ述ブル所ヲ總括スレバ次ノ如シ。

1) 甲狀腺物質ガ骨折治療ニ良好ナル影響ヲ與フルコトハ臨床的ニ觀察セラレタ。2) 骨折治療ニ對スル甲狀腺ノ促進作用ハ恐ラク内分泌物ニヨリテ骨折部ノ充血ガ増加スルコトニ原因スルト考ヘラレル。3) 充血度ノ増加ハ骨折ヲ施サレタ動物ニ過剰ニ甲狀腺劑ヲ與ヘテ、實驗的ニ之ヲ證明スルコトガ出來ル。4) 甲狀腺内分泌物治療ニヨツテ假骨形成ニ必要ナ充血ハ早期ニ發現シ而カモ長時間繼續スル。5) 「チロキシン」モ同様ナ作用ヲ有スル。6) 兩物質ニヨツテ物質代謝ノ昂進スルコトモソノ效果ニ關係スル。7) 治療困難ナ骨折ノ場合ニハ甲狀腺内分泌物ニヨツテ臨床的ニ良好ナル結果ヲ得テキルコトニ異論ハナイ。之ニ就イテハ後日更ニ報告スルト。(横田)

慢性關節炎ノ關節内肝油注射療法 (F. Andernach u. W. Löhr: Die Behandlung der chronischen Arthritis mit Lebertraninjektionen ins Gelenk. Zbl. Chir. Nr. 42, 1936 S. 2493)

著者ハ、種々ノ慢性關節炎患者ニ肝油療法ヲ試ミ好結果ヲ得居ルモ、ソノ方法ハ關節穿刺ヲ行ヒ關節腔内ニ2—3ccノ局所麻醉液注射後、肝油3—4ccヲ注射スルニアリ。

注射後第1日ハ多少ノ疼痛ヲ訴ヘ、第2—3日ニハ關節周圍ニ徐々ニ瀰慢性腫脹ヲ來シ、同時ニ局所熱ヲ伴フニ至ル。

少數例ニハ第5—6日ニ中等度ノ體溫上昇ヲ來スコトアリ、多クハ發熱作用ヲ伴ハズジテ漸次下降ス。局所熱ノ高低ト全身ノ體溫上昇トハ全ク無關係ナルコトハ注意ス可キナリ。而シテ關節ノ疼痛消退後、6—8日ヲ經テヨリ徐々ニ關節ノ自働ノ運動及ビ起立ヲ許ス。2—3週ヲ經テ效果ナキ時ハ、更ニ再注射ヲ行フ。時ニ、第3回ノ注射ヲ必要トスルコトアリ。多數ノ關節侵サレタル時ハ同時ニ、或ハ一定ノ短期間ノ間隔ヲ置キ、同様ノ方法ヲ試ム。

著者ハ肝油療法ガ他ノ注射療法ヨリモ、ヨリ持續ノ效果ヲ有シ、且ツ又關節面ニ何等障礙ヲ殘サザル點ニ於テ、本療法ヲ推賞ス。(岡田)

習慣性肩胛關節脫臼ノ手術の療法 (H. Matti: Zur operativen Behandlung der habituellen Luxation des Schultergelenks. Zbl. Chir. Nr. 51, 1936 S. 3011)

習慣性肩胛關節脫臼治療法トシテ、著者ハ1術式ヲ工夫シ、多數ノ好臨床結果ノ例ヲ得テソノ術式ヲ發表セリ。

三角筋胸筋間溝ノヤ、外側ニテ鎖骨ヨリ三角筋附著部ニ向ツテ皮膚切開ヲ加ヘ、胸筋腱膜ニ一部切目ヲ入レニ頭轉筋長腱及ビ肩胛下筋附著部ヲ剖出シ、烏喙膊筋ヲ内方ヘ引キ次ニ上膊ヲ充分外迴旋シ肩胛下筋ノ下緣迄剖出、前上膊迴旋動靜脈ヲ二重結束離斷ス。次デ肩胛下筋腱ヲ上膊骨小結節前ニテ、即チ上膊骨附著部ニ5mmノ腱ヲ殘シテ離斷。更ニ關節囊ヲ破ラザル様注意シツツ之ヲ剖出シ、上膊ヲ強ク内迴旋シ關節囊ヲ充分ニ弛緩セシメテ、前記腱ヲ關節窩緣ヨリ1cm外方ニテ關節囊ニ固ク縫合ス。續イテ上膊骨大結節嚢ノ外側ニテ縱4cm幅3cmノ骨膜及ビ骨皮質ヨリナル扉狀瓣ヲ作りコノ扉ノ中ニ肩胛下筋腱ヲ縫合シ、更ニ釘ニテ固定、骨膜縫合ヲシ、手術創ヲ順次閉ヂテ一二次ニ皮膚縫合ヲナスカ、一部開放性トナシテ排膿管ヲ三角筋下ニ挿入ス。而シテ前膊ヲ屈曲シ上膊ヲ内旋シテ胸壁ニ3週間固定スルナリ。然ル後「マツサージ」ヲ行フ。外迴旋及ビ外轉ニ際シ幾分制限サルルモ、此ノ術式ニ依レバ再發ヲ來ス事ナク、又若シ感染性膿瘍ヲ來ストスルモ在來ノ方法ニ依ル如ク關節腔ハ危險ニサラサル、事ナキ故、排膿ト釘ノ除去ニヨリテ癰疽性治愈ヲ來シ、肩胛關節ノ機能障礙ヲ來ス事ナシ。(亭坂)

橈骨小頭ノ脫臼骨折ノ療法ニ就テ (Erich Mackuth: Ueber die Behandlung der Luxationsfraktur des Radiusköpfchens. Bruns' Beitr. Bd. 164, Ht. 4, 1936 S. 628)

橈骨小頭ノ脫臼骨折後完全ナル機能ヲ恢復スル爲ニ骨折セル小頭ヲ除去スベシト一般ニ記載サレ居ルモ、著者ハ一二次ニ非觀血ノ整復術ニ依リテ治療シタル1例ヲ報告セリ。

先ヅ神經叢麻痺ニテ、脫臼セル橈骨小頭ノ形狀ヲ觸知シ得ル如クニ血腫ノ誘導摩擦ヲ行ヒタル後、肘關節ヲ90°ニ曲ゲ橈骨關節間隙ヲ擴ゲ、尺骨側屈曲部ニ於テ橈骨小頭ヲ疎開シ、コレヲ橈骨幹軸ヲ越エテ關節間隙ニ壓入セリ。

而シテ整復サレタル小頭ガ壞死ヲ起サザルコトヲ整復6週後ノ線寫眞ヲ揭示シテ、整復後4週間ハ脊側「ギプス」副子ニヨリテ安靜ヲ保タシメ、其ノ後ハ現在迄2週間機械的治療ヲ爲シタル結果肘關節ノ可動性ハ充分ニシテ小頭ヲ摘出セル場合ニ劣ラズト述べ、肘關節ノ如キ複雑ナ構造ニ於テハ橈骨小頭ノ關節面ガ脱落スル事ハ關節機能ニハ重大事ナル故、橈骨小頭ノ脫臼骨折ニテハ、先ヅ一二次ニ非觀血ノ整復術ヲ試ミ、ソノ不成功ナル場合ニ始テ手術的ニ小頭ヲ除去スベキナリト述べ。(木村)

股關節ノ變性並ニ炎症性疾患及ビ病理學的見地ニ立脚セル手術的療法 (R. Heep: Arthritis bzw. Arthritis der Hüftgelenke u. ihre operative Behandlung mit Berücksichtigung der

Pathologie. Arch. Orthop. Band. 37, Ht. 1, 1936 S. 10)

關節ノ炎症ト變性ノ差ハ恰モ腎臓炎ト腎臓病ノ差ノ如シ、則チ前者ハ炎症性ニテ常ニ初期滑液膜炎ガ存在シ急性ニ來リ若者ニ好發ス。後者ニハ初期軟骨疾患ガ存在シ極メテ慢性ニテ老若ニ來ルガ關節端ノ先天性ノDysplasieノタメ若者ニ來ルコト最多シ。股關節疾患ハ疼痛ト共ニ漸次増惡シ、遂ニハ強ク其運動ガ制限セラル。コノ疼痛並ビニ運動障礙ハ可ナリ著明ニテ、疼痛ハ一部ハ骨頭及ビ髌臼ノ強キ崩潰一部ハ關節囊或ハ靱帶ト邊緣隆起トノ摩擦ニヨリ來リ或ハ息肉狀ニナレル關節膜又ハ關節鼠ノ介在ニヨリ惹起ス。此ノ手術ノ適應症ハ20—50歳ニテ高年者、衰弱者、急性中毒性關節炎、結核、微毒ハ禁忌デアル。要スルニ股關節強直ヲ憂慮スル事ナク手術シ得ル、吾ガ「クリニツク」ニテ十數年來股關節強直ニ種々ノ手術ヲ行ツテ來タ、則チ轉子下骨截斷術ヲ伴ヘル骨頭除去、骨頭切除ヲ行ハザル轉子下骨截斷、股關節ノ雛形々成 (Modellieren) 並ビニ再製 (Rekonstruieren)、脂肪辨及ビ筋膜ノ挿入ニヨル可動術デアル。此ノ結果ハ良好ニテ股關節手術ハ決シテ斷念スベキデナイト言ヒ得ル。股關節手術ニヨリ得タ標本ハ顯微鏡的ニ炎症ト變性ノ區別ハツカナイガ特異ナ事ハ軟骨層下ノ血管新生、化性 (Metaplasie)、軟骨ノ變化デアル。(野間)

大腿骨頭中央部骨折ノ釘串法後假關節及ビ其他ノ失敗發生原因 (F. Felsenreich: Wie entstehen Pseudarthrosen und andere Misserfolge nach Nagelung medialer Schenkelhalsbrüche? Zbl. Chir. Nr. 48, 1936 S. 2843)

大腿骨頭中央部骨折ノ際ノ骨縫合解離ハ、單ニ誤リテ暴力ノ加ハリシ爲ニ釘串ガ大腿骨々頭ノ頭位ニ飛出シテ起ルコトハ稀ニシテ、多クハ末梢骨折片ノ外旋ニ依テ起ル。之ガ機轉ハ大腿骨頭ノ釘串ノ位置ニヨリ種々ナルモ、ソノ前方ニ偏スル程骨頭ノ破壊ハ簡單ニ且ツ急激ニ起リ、尾部又ハ後方ニ偏スル程大ナル旋廻ニモ耐ヘ得。又著者ノ唱導スル幅ノ廣イ釘串ハ舊來ノモノニ比シ良ク之ノ解離ヲ防止シ、又下記ノ如キ事項ガ骨縫合解離ヲ招來スト。1) 骨折直後ノ整復ヲ忽ニスルコト。2) 股關節腔ノ開放又ハ Uoss 氏變法ニヨル手術ヲ行フコト。3) レ線應用ノ爲ニ患者ヲ手術中ニ手術臺ヨリ移動サセルコト。4) 不適當ナル手術臺ヲ用ヒシ爲ニ助手ニ下肢ヲ保持セシメルコト。5) 方向指示器ヲ用ヒ皮膚ヲ通シテ鋼線ヲ穿入セシメルコト。6) 不適當ナル鋼線ヤ不良材料ガ破壊力ノ過大ナル釘串ヲ以テ誤ツタ方向ニ打込ムコト。7) 鋼線ノ拔去ガ遅過ルコト。8) 手術ノ際ノ必要ナレ線検査ヲ怠ルコト。9) 手術終ルニ際シ充分ナル楔止メヲシナイコト。10) 萎縮セル骨ニ舊來ノ釘串ヲ用ヒテ早期ニ加重セシメルコト。11) 整復不全ヤ釘串ノ位置不良ナルコト。(徳岡)

稀有ナル足部脱臼ノ一知見 (G. Röttger: Ein Beitrag zur Kenntnis seltener Fussluxation. Dtsch. Z. Chir. Bd. 248, Ht. 1 u. 2, 1936 S. 43)

上距骨關節脱臼ハ屢々アルガ、足根關節ノ脱臼ハ少ナイ、其ノ中重要ナモノニ、單獨ニ來ル距骨脱臼、距骨舟狀骨脱臼、距骨下脱臼ガアル。

此等ノ成因機轉ニ就イテ言ヘバ單獨ニ來ル距骨脱臼ハ下肢ノ垂直回轉ノ結果上距骨脱臼ト共ニ距跗關節ノ一次的分離ニヨリテノミ起リ、距骨舟狀骨脱臼ハ前足部ノ多側ニ暴力のナ廻前、外轉、足部ノ外轉ガ加ヘラレタ時、又内側ニ異常ナ廻後、内轉ガ加ヘラレタ時ニ、又距骨下脱臼ハ同ジ方向ニ暴力ガ踵部ニ來タ時ニ起ル。

診斷ハ既往症、現症ニヨリ3者共容易デアル。

療法トシテハ3者共陳舊ナ時又ハ複雑ナモノハ觀血的ニ處置シ此等ヲ除イテハ先ヅ第一ニ非觀血的ニ整復シ之ニ失敗シタ時觀血的ニ處置スル、整復後4週間「ギプス」綑帶ヲナシ關節ノ強直ヲ防グタメ比較的早期ヨリ運動ヲ命ジ「ギプス」ヲ取ツテカラ熱氣「マツサージ」ヲ行フトヨイ。(猪子)

脊 椎

同一脊椎ノ關節突起間部及ビ棘狀突起ニ認メラレタル先天性披裂形成ニ就テ (Herbert

Junghaus: Zusammenkommen von angeborenen Spaltbildungen im Zwischengelenkstück und im Dornfortsatz des gleichen Wirbels. Arch. Orthop. Chir. Bd. 37, Ht. 2, 1936 S. 123)

著者ハ8歳ノ少女ニ第Ⅲ—Ⅴ腰椎ノ棘狀突起披裂及ビ第Ⅴ腰椎ノ關節突起間部披裂ヲ認メシ1例ヲ報告セリ。患者ノ既往症ニ脊椎ニ特記スベキ外傷ヲ受ケシコトナク、又薦骨部ニ違和感セシコトナカリシヲ以テ關節間部披裂ハ先天性ニ屬スルモノナリト主張セリ。

脊椎關節突起間部披裂ハ果シテ先天性ナリヤ、後天性ナリヤニ關シテ今日猶ホ定説存セズ。Meyer-Burgdorffハ先天性脊椎披裂及ビ關節突起間部披裂形成バ同時ニ出現スルコトアルモ之ヲ以テ後者ノ先天性ヲ主張スベキ根據トハナラズト稱シ、Neugebauer 其他多數ノ研究者ハ發生學の見地ヨリ先天性ニ屬スルモノナリトセリ。

脊椎關節突起間部披裂ノ先天性形成機轉ニ關シテハ Willis Rambaud und Renault, 其他ニヨリ胎生學の檢索ノ結果、脊椎弓部ニ相分離セル2個ノ骨核ノ存在セル結果ニヨル爲ト云ハル。(細野)

腦 脊 髓

手術室ニテ開放創ヨリ直接照射ニヨリテ行フ腦脊髓腫瘍ノレ線治療 (C. A. Elsberg, L.

M. Davidoff & C. G. Dyke: The Roentgen Treatment of Tumors of the Brain or Spinal Cord in the Operating Room by direct Radiation through the Open Wound. Surg. Gynec. Obst. Vol. 63, No. 6, 1936 p. 794)

神經系統領域ニ於ケル外科的治療ハ近來目覺シキ發達ヲ遂ゲタレド、尙ホ腦腫瘍ニオイト完全ニ摘出シ得ザルモノヲ經驗ス。著者ハ此等ノ腫瘍ニ就テ統計的ニ實驗的ニ其ノ摘出可能ノ種類、頻度等ヲ探求シタルニ、最モ效果的ナリシハ外科的、放射線學的合併療法ナリ。然レドモレ線照射ニ對スル各腫瘍組織ノ相違ニ就キレ線學者ニ種々意見アリ、1935年神經學會ニ於ケル結果ハ、其ノ價值ヲ次ノ如ク決定セリ。即チ、1) 照射ハ疑ヒモナク多クノ腦腫瘍ニ效果的ナリ。2) 效果ノ順位ハ判然セズ。3) 效果ヲ得ルニ用ヒラル、正確照射量ハ殆ンド不明。4) 腫瘍細胞ノ深遠ナル變化ハレ線治療ニヨリ得ルモノナラン。5) 現在迄ノ方法ニテハ、頭部軟部組織、骨組織ノ障礙ニヨリ適當ナルレ線用量ハ與ヘラレズ。此等ノ論議ハ腦脊髓ノ不動又ハ部分的可動ノ腫瘍ニ對スルレ線治療ニ向ヒ、適當ナル用量ヲ決定スル指示ヲ與ヘ、終ニ手術室ニテ行フ開放創ヨリノ直接照射ニヨルレ線治療ヲ行フニ至レリ。而シテ種々動物實驗ノ結果、次ノ如キ結論ヲ得タリ。即チ現法ノ缺點トシテ、1) 皮膚及ビ骨ニ對スル有害ナル結果。2) 腫瘍ハ皮膚ヨリモ僅少ノ照射ヲ受ケネバナラヌ。著者ノ提議スル本法ノ特長トシテ、1) 最大量ノ照射ヲ腫瘍内ニ入レ得ル事。2) 皮膚ノ受ケル效果ハ最小量ナル事デアル。(桑原)

腰部髓核ヘルニア (E. Busch und E. Christensen: Die lumbalen Pulposushernien.

Zbl. Neurochir. Nr. 2, 1936 S. 53)

著者等ノ取扱ヘル馬尾部ニ起レル髓核 (Nucleus pulposus) ヘルニアノ2症例 (共ニ脊椎弓切除術ヲ行ヘル) ヲ報告シコノ疾患ノ一般症狀、原因、頻度、診斷、治療ニ就キ次ノ如ク總括敘述セリ。

症狀: 臨床的ニハ初メ神經根痛 (普通知覺異常ヲ伴フ) アリ、之ハ知覺鈍麻ニ移行スルガ肉體運動ヲナセバ再發シ、安靜ニセバナクナル。不全麻痺ハ存在シテモ僅微、膀胱直腸障礙ハ屢々存スル。該當スル棘狀突起ニハ壓痛ヲ證シ腦脊髄液ハ時ニ僅量ノ蛋白ヲ證スルモ多クハ尋常。壓迫症狀ハナイ。レ線検査ニテ椎體間々隙ノ狭小ヲ證スル事アリ。ミエログラフイー¹ハ診斷ノ據點トナルモノデアル。

原因：否定スル論者モアルガ外傷ガ最モ考ヘラル、原因ナリ。Andrae 氏ハコノ疾患ヲ持つ患者ニテハ纖維輪 (Annulus fibrosus) ノ病的變化存在スルヲ以テ遺傳的要素ヲ第一義的原因ト考ヘタルモ然モ、外傷ガ誘因トシテ大ナル役目ヲ演ズト述ベテキル。コヽニ問題トナルハ炎症ガコノ疾患ノ原因ニ加ハルカ否カノ疑問デアルガ、少クトモ無菌的炎症 (aseptische Entzündung) ハ存在スルト考ヘラル (大抵ノ症例ニテ腦脊髄液ニ變化ノナイト云フ反駁ハアルガ)。

頻度：現今迄考ヘラレタルヨリハ多數存スルガ如シ。Andrae 氏ハ368ノ脊椎ヲ檢シノ15.2%ニ之ヲ發見シ Elsberg 氏ニヨレバ脊髄腫瘍中ノ14%；硬腦膜外腫瘍中ノ36%ニ存スト云フ。著者等ノ教室ニ於テ脊髄腫瘍34例ノ内(就中8例ハ硬腦膜外)4例ノ本症ヲ見タリト。

診斷及鑑別診斷：馬尾神經纖維腫ハ強度ノ蛋白量上昇ノ存スル事ニヨリ、腦膜腫 (Meningeom) ハ馬尾部ニ稀有ナル事デ夫々本症ト鑑別サレル。軟骨腫トノ鑑別ハ不可能デハナイガ至難デアル。又硬腦膜外骨腫トノ鑑別モ同様デアル。然シ診斷ニ當リ大切ナルハ腰椎下部ノ疾患ナリト思ハルル場合ニ坐骨神經痛、腰痛、腰關節炎等ノ診斷ヲ附シテ満足セザル事デアル。

治療：硬腦膜ノ手術ニテ切除ス。時ニ硬腦膜外ニ之ヲ行ヒテヨイ事モアル。(生越)

脊髄終線ヨリ發生セル腦室上皮細胞腫 (O. Foerster & O. Gagel: Das Ependymom des Filum terminale. Zbl. Neurochir. Nr. 1, 1936 S. 5)

硬膜内馬尾神經部腫瘍13例中3例ノ Ependymom ヲ報告ス。3例共椎弓截除術ニヨリ剔出セラレ術後ノ成績ハ至ツテ良好デアル。

主ナル症狀ハ腰椎ノ激シキ自發痛特ニ打壓痛デアル。之ニ關連シテ前又ハ後彎位ノ脊椎強直ガ起ル。次ニハ下肢ニ於ケル激痛デ之レガ爲ニ下肢ハ極度ノ屈曲位ヲトツテ起居歩行ハ出來ズ、又仰臥位ヲトリ得ズ側臥位ヲトツテキタモノモアル。其他麻痺、反射障礙、膀胱直腸障礙、知覺障礙ノ存スルコトハ他ノ馬尾神經腫瘍ト異ルトコロハナイ。

X線像デハ脊椎管腔ノ著シキ擴大、造影劑ノ完全ナル潑溜ヲ見ル。腫瘍ハ一般ニ乳嘴様外觀ヲ呈シ硬度ハ軟デアル。組織學的ニハ腫瘍細胞ハ上皮性配列ヲトリ一方デハ管腔ヲ形成シ他方デハ血管壁又ハソノ周圍組織ニ長キ突起ヲ出シテ放射狀ニ列ビソノ端ハ圓錐狀ニ擴ガツテキル。此等ノ突起ニヨリ偽膜ガ形成セラレル。之等ノ間ヲ滿タス細胞ハ多角形トナリ「モザイク」様ニ見エル。管腔内ニハ粘液ガ存在スル。核ノ近クニハ Blepharoblasten (纖毛顆粒) ガ見ラレルガ核分割像ヤ纖毛ハ見ラレナイ。之等ノ所見カラ此細胞ハ Ependymzelle (腦室上皮細胞) デアル。組織學的ニ鑑別ヲ要スルモノトシテ Astroblastom, Neuroepitheliom, 脈絡叢ノ乳嘴腫ガ舉ゲラレル。Kernohan ニ依レバ3例共 myxopapilläres Ependymom ニ屬ス。(井上)